

Patiënt, privaat en privacy : de stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem

Citation for published version (APA):

van Bruggen, H. J. (1991). *Patiënt, privaat en privacy : de stoelgang als gezondheidswetenschappelijk probleem*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. De Tijdstroom.
<https://doi.org/10.26481/dis.19910314hb>

Document status and date:

Published: 01/01/1991

DOI:

[10.26481/dis.19910314hb](https://doi.org/10.26481/dis.19910314hb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

8 Samenvatting en discussie

Veel patiënten, in het ziekenhuis opgenomen om zeer uiteenlopende redenen die vaak niets van doen hebben met aandoeningen aan het spijsverteringskanaal, vertonen klachten met betrekking tot de stoelgang. Dat is de ervaring van veel verpleegkundigen, zonder dat precies is aan te geven om hoeveel patiënten het in deze gaat, noch wat de aard en de omvang is van die klachten. Deze problematiek was aanleiding tot de opzet van een aantal deelonderzoeken waarin aspecten werden bestudeerd van de stoelgang – zowel de normale als de problematische stoelgang, in het ziekenhuis alsook thuis – en omtrent enkele waarvan hier wordt gerapporteerd.

De gefragmenteerde benadering van de problematiek resulteerde in gefragmenteerde kennis: aan het slot van deze verslaglegging moet worden gezien tot welke bevindingen de verschillende deelonderzoeken hebben geleid. Allereerst wordt daartoe, in § 8.1, een kort overzicht gepresenteerd van de verkregen kennis.

De gekozen benadering impliceerde uiteenlopende onderzoeksstrategieën. Kanttekeningen van methodologische aard worden gemaakt in § 8.2.

Stoelgangproblematiek van ziekenhuispatiënten kan, als behorende tot de 'verschijnselen, processen, situaties die verpleging en verzorging behoeven', worden gerangschikt bij de onderwerpen die in de verplegingswetenschap 'steeds vaker als onderwerp van onderzoek (worden) gekozen. Zij worden dan niet medisch (in termen van pathologie en therapie) gedefinieerd, maar verpleegkundig' (Philipsen & van der Bruggen, 1989). Verpleegkundige definiëring verwijst naar theoretisering of theorievorming. Reflecties hieromtrent volgen in § 8.3.

Een paragraaf (§ 8.4) waarin praktische consequenties van de hier gepresenteerde deelonderzoeken worden geëxpliciteerd, sluit dit laatste hoofdstuk af.

8.1 Samenvatting van de resultaten

De stoelgang vindt, althans in onze huidige Westerse samenleving, doorgaans in afzondering plaats; de uitscheiding gaat gepaard met gevoelens van privacy. In hoofdstuk 1 is nagegaan hoe, in de loop van eeuwen, men zich voor de stoelgang heeft teruggetrokken uit het openbare leven naar het 'privaat' als strikt privé-vertrek. Een 'pijnlijkheidsdrempel', aldus Elias (1982), werd opgeworpen, als resultaat van een langdurend civilisatieproces. In datzelfde proces verwierf ook de ziekenhuispatiënt

zich steeds meer privacy, ook al wordt die, in de beleving van veel patiënten, te weinig gerespecteerd.

Privacy is, bij nadere beschouwing (in hoofdstuk 2), een vaag begrip, met uiteenlopende betekenisdimensies en waaraan verschillende aspecten te onderkennen zijn. Iemands privacy wordt, hetzij letterlijk hetzij figuurlijk, beschermd door een scheidswand, die in stand wordt gehouden door zowel materieel-organisatorische maatregelen en psychosociale structuren als door in de samenleving bestaande waarden en normen. Als belangrijke conclusie van de conceptverheldering in hoofdstuk 2 geldt dat de genoemde scheidswand als flexibel, veranderlijk moet worden voorgesteld: men kan zijn privacy beschermen op verschillende wijzen en in verschillende mate, al naar gelang iemands maatschappelijke positie of de verschillende leeftijdsfasen waarin men verkeert, of naarmate het te beschermen aspect van iemands persoon het individu meer of minder kwetsbaar maakt. Er is dus reden te veronderstellen dat iemand bij ziekte c.q. bij ziekenhuisopname op een andere wijze dan anders privacygevoelig is met betrekking tot de stoelgang.

Problematiek bespreken, i.c. betreffende de stoelgang, impliceert: kunnen refereren aan het normale, het onproblematische. In hoofdstuk 3 worden humaan-biologische aspecten van het 'normale' defecatiepatroon onderzocht. Het normale patroon van ontlasting vertoont twee kenmerkende structuren. Enerzijds is er een patroon dat wordt gekenmerkt door modaliteiten, namelijk 'later op de dag', 'weinig' en 'keutel-/knikkerachtige' ontlasting. Anderzijds is er een patroon dat wordt gekenmerkt door gedragsaspecten, namelijk 'duur' en 'uitstel' van de stoelgang. Op deze twee basispatronen variëren de stoelgangpatronen van subgroepen, in het onderzoek onderscheiden naar geslacht en naar leeftijd.

Vervolgens werd, in hoofdstuk 4, gezocht naar determinanten van beleving van de stoelgang, eveneens in een gezonde populatie. Beleving van de stoelgang bleek zich te uiten op vier verschillende wijzen – waarvan er drie verwijzen naar speciale gevoeligheden van mensen (namelijk voor hygiënische omstandigheden, voor ontlastingsgeuren en voor winden), en de vierde een globale houding ten opzichte van de stoelgang weergeeft, 'toilet-attitude'. Gevoelig voor hygiënische omstandigheden blijken vooral de vrouwen. Gevoelig voor winden, in de zin dat men zich er voor schaamt, zijn vooral de ouderen. Schaamte voor geuren manifesteren met name degenen die maag- en buikklachten hebben en die laxerende middelen gebruiken. Alles bij elkaar genomen blijken 'wc-problemen' vooral gerelateerd aan het geslacht: wc-problemen hebben met name vrouwen die klagen over lichamelijk ongemak bij de stoelgang of die laxerende middelen gebruiken.

In hoofdstuk 5 worden gedachtenvorming en onderzoek voortgezet omtrent privacygevoeligheid bij de stoelgang, nu met betrekking tot ziekenhuispatiënten. Op geleide van de conceptuele analyse in hoofdstuk 2, is een instrument ontworpen om de privacygevoeligheid te meten van ziekenhuispatiënten met betrekking tot de ontlasting: de PrivacyGevoelighedsVragenlijst (PGV). Uit het onderzoek bleek dat de PGV op aannemelijk valide en betrouwbare wijze de bedoelde privacygevoeligheid registreert, wat betreft zowel het gehele fenomeen 'privacygevoeligheid bij de stoelgang' als de vier specifieke dimensies, namelijk:

- a. *Zintuiglijk contact*: de mate waarin men zintuiglijk contact bij de stoelgang vanzelfsprekend vindt;
- b. *Bemoeienis*: de mate waarin men aanwezigheid bij of bemoeienis met de stoelgang vanzelfsprekend vindt;
- c. *Afzondering*: de mate waarin men feitelijke afzondering bij de stoelgang belangrijk vindt;
- d. *Controle*: de mate waarin men het belangrijk vindt controle te hebben over de gehele (stoelgang-)situatie, met name over de informatie dienaangaande.

In het totaal blijken vrouwen gevoeliger voor privacy bij de ontlasting; daarnaast blijken zij gevoeliger voor de dimensie Afzondering. Degenen afkomstig uit een groot gezin beoordelen zichzelf als privacygevoelig bij de stoelgang. Degenen met een hoog opleidingsniveau scoren hoog op de dimensie Bemoeienis, zij met een lage opleiding daarentegen op de dimensie Zintuiglijk contact. Eveneens gevoelig op het punt van Bemoeienis blijken degenen die ervaring hadden met po-gebruik in het ziekenhuis.

In hoofdstuk 6 werd bezorgdheid van ziekenhuispatiënten omtrent hun stoelgang onderzocht in relatie tot onder meer veranderingen in het defecatiepatroon na ziekenhuisopname. In de onderzoeksgroep blijkt 41% van de patiënten zich zorgen te maken over de stoelgang. Die bezorgdheid blijkt vooral gerelateerd aan fixatie op ontlastingsproces en -produkten, alsmede aan een veranderde ontlastingsfrequentie. Voor po-gebruikers blijken schaamte en de instabiliteit van de beddepan belangrijke bezorgheidsfactoren.

Als praktische consequentie aangaande het intake-gesprek komt in hoofdstuk 6 aan de orde hoe patiënten met 'stoelgang-risico' bij opname in het ziekenhuis gedetecteerd kunnen worden, op voorwaarde dat de verpleegkundige zou kunnen beschikken over betrouwbare informatie van de patiënt over diens thuis ervaren gezondheid in casu over het ontlastingspatroon thuis.

In hoofdstuk 7 wordt de betrouwbaarheid van de patiënteninformatie na ziekenhuisopname nader onderzocht. Men bleek in het ziekenhuis betrouwbaar te informeren over de thuis ervaren gezondheid. Met name gezondheidsklachten die in meer of mindere mate aan de stoelgang gerelateerd zijn, blijken voor en na opname betrouwbaar gerapporteerd. Echter, over aspecten van de normale stoelgang thuis blijken patiënten in het ziekenhuis soms voldoende betrouwbaar (frequentie van de stoelgang, wc-gewoonten), soms weinig (eventueel vast moment) of ook niet betrouwbaar (hoeveelheid faeces) te informeren. Uit het onderzoek bleek geen inzichtelijk patroon in de op onderdelen wisselende betrouwbaarheid. Waaruit volgt dat de betrouwbaarheid van informatie over het normale ontlastingspatroon thuis, verkregen in het ziekenhuis, (nog) moeilijk voorspelbaar is.

8.2 Methodologische reflecties

De per thema wisselende betrouwbaarheid van de zelfrapportage door patiënten is een reden te meer voor enkele methodologische kanttekeningen. In de hier gerapporteerde deelonderzoeken werd niet gerefereerd aan het oordeel van de verpleegkundige omtrent

problemen van patiënten met de stoelgang, met name wat betreft de privacygevoeligheid van dezen bij de ontlasting.

Het lijkt voor de hand te liggen ervan uit te gaan, dat verpleegkundigen zouden beschikken over de meest juiste patiënteninformatie. Verpleegkundigen verzekeren niet alleen de 24-uurs continuïteit van zorg, maar eveneens zou een empathische benadering van de patiënt resulteren in inzicht in wat de patiënt feitelijk beroert (Mansfield 1973, Forsyth 1979, Malinsky 1986).

Met betrekking tot privacygevoeligheid van patiënten betreffende de stoelgang kon de vraag worden gesteld of, en zo ja in welke mate, de perceptie ervan door de verpleegkundigen overeenkomt met de zelfbeoordeling door de patiënten. Deze vraag werd beantwoord in het kader van het deelonderzoek waarover in hoofdstuk 5 werd gerapporteerd. Aan de hand van de desbetreffende data werd een instrument ontwikkeld en gevalideerd voor meting van privacygevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang (Stijnen, 1988). Factoranalyses resulteerden in vier subschalen, waarvan er één werd onderverdeeld in twee kleinere schaaltes:

1. Vanzelfsprekendheid: Zintuiglijke inbreuken (VZ)
 - 1.1: betreffende gehoor en reuk (VZ1)
 - 1.2: betreffende aanwezigheid personeel (VZ2)
2. Vanzelfsprekendheid: Bemoeienis (VB)
3. Belangrijkheid van maatregelen: Zintuiglijke inbreuken (BZ)
4. Belangrijkheid van maatregelen: Bemoeienis (BB)

Een aantal statements betreffende de privacygevoeligheid werd behalve aan de 92 patiënten eveneens voorgelegd aan 64 verplegenden, namelijk aan degenen die naar eigen zeggen de betreffende patiënten het best kenden. Deze verplegenden werd gevraagd de items te scoren zoals zij vermoedden dat de betreffende patiënten zelf dat zouden doen. Op de scores door de verpleegkundigen werden eveneens factoranalyses uitgevoerd. Deze resulteerden in vier subschalen die globaal overeenkwamen met die van de patiëntenlijst. Ook hier werd een subschaal, hoewel een andere dan bij de patiënten, onderverdeeld in twee kleinere schaaltes:

1. Verplegenden: Vanzelfsprekendheid: Zintuiglijke inbreuken (VVZ)
2. Verplegenden: Vanzelfsprekendheid: Bemoeienis (VVB)
3. Verplegenden: Belangrijkheid van maatregelen: Zintuiglijke inbreuken (VBZ)
 - 3.1: betreffende het bezoek (VBZ1)
 - 3.2: zich afzonderen (VBZ2)
4. Verplegenden: Belangrijkheid van maatregelen: Bemoeienis (VBB)

De mate van overeenstemming verpleegkundigen-patiënten is weergegeven in tabel 8.1.

Tussen wat de patiënten invulden en wat de verplegenden dachten dat de patiënten zouden antwoorden werd geen samenhang gevonden.

Tabel 8.1 Overeenstemming tussen patiënten- en verplegenden-antwoorden op de PrivacyGevoelighedsVragenlijst

Subschalen	r	p
VZ1 - VVZ	0.01	0.90
VZ2 - VVZ	0.12	0.26
VB - VVB	0.12	0.27
BZ - VBZ1	0.12	0.25
BZ - VBZ2	-0.08	0.45
BB - VBB	0.04	0.72

Voor dit opmerkelijke resultaat bestaan wel enkele verklaringen, onder andere van methodologische aard. De geconstrueerde subschalen bij patiënten en verplegenden kwamen niet helemaal met elkaar overeen: zij bestonden soms grotendeels uit verschillende items en maten dus wellicht niet dezelfde genuanceerde deelaspecten van privacygevoeligheid. Verder kan de relatieve complexiteit van de PGV een belemmering zijn geweest bij het scoren van de statements. Stijnen (1988) maakt zelf melding van dit probleem, reeds in hoofdstuk 5 gesignaleerd.

Anderzijds bleek dat de subschalen, in de lijsten onderscheiden bij patiënten en verplegenden, globaal genomen wel dezelfde dimensies meten van privacygevoeligheid bij de stoelgang. De boven benoemde bezwaren geven geen uitputtende verklaring voor het totale gebrek aan overeenstemming tussen beide groepen. De conclusie, ook door Stijnen getrokken, lijkt onvermijdelijk: de verplegenden kennen 'hun' patiënten niet wat betreft datgene wat er in hen omgaat.

Overigens ligt deze conclusie in de lijn van eerder verplegingswetenschappelijk onderzoek. Reeds in 1959 toonde Whiting aan hoe met de voortschrijding van het professioneel niveau van verpleegkundigen hun vermogen tot inschattingen op patiënniveau afnam (Whiting, 1959). Maastrichts verplegingswetenschappelijk onderzoek leidt nogal eens tot soortgelijke conclusies, of het nu gaat om privacygevoeligheid (Stijnen, 1988), dan wel om het inschatten van angstgevoelens (Klop 1984, Schulkens 1987), het beoordelen van eenzaamheidsproblematiek (Nijssen, 1987) of van zelfzorgvermogen (Kalter 1987, Schiltmans 1987, Gruschke 1990), of het inschatten van pijn (Abu-Saad, 1990): met betrekking tot vooral de basisbehoeften weten verplegenden niet echt hoe het met 'hun' patiënten gaat.

Uiteindelijk mag deze conclusie weinig verrassend heten. Ziek-zijn immers wordt, bij nadere analyse, gekenmerkt door 'anders-zijn', waarbij het andere, de ziekte zich bijna per definitie onttrekt aan discursieve kennis – zowel bij de naaststaanden van de zieke, van wie hij 'vervreemdt', alsook bij de zieke zelf (Van der Bruggen 1977, 1987). Dit gebrek aan kennis betreft ook en vooral de basale aspecten van het menselijk bestaan, de 'basisbehoeften', terwijl meer kennis is vergaard omtrent de omgeving van de patiënt, de leefwereld, de betekenis van de dingen daarin, de beleving van tijd en ruimte (Van den Berg 1952, Poslavsky 1956, Ellerbeck 1961, Bremer 1972, Visser 1984). Op het gebied dus waar de verpleegkundige de essentie van haar beroep uitoefent, namelijk het voorzien in basisbehoeften van patiënten, blijkt het haar aan gewogen kennis en inzicht te mankeren. Overigens kan betwijfeld worden of verpleeg-

opleidingen er alles aan doen, leerlingen en studenten deze kennis en dit inzicht bij te brengen (cf. Inleiding § 2). Wat dit betreft zijn Whitings bevindingen niet verwonderlijk, aangezien hoe hoger men stijgt in de hiërarchie van verpleegopleidingen, hoe minder men werkt in de directe patiënt-verplegende-relatie.

8.3 Theoretische overwegingen

De deelonderzoeken waaruit dit proefschrift is samengesteld konden soms nauwelijks ingekaderd worden binnen bestaande verklaringsmodellen of wetenschappelijke theorieën. Soms, bijvoorbeeld in hoofdstuk 7, gebeurde dit wel: de problematiek rond 'patiënt, privaat en privacy' werd belicht vanuit enkele uiteenlopende theoretische perspectieven, zonder dat daarbij overigens kon worden geopereerd vanuit een expliciete verplegingswetenschappelijke stellingname.

Als argument werd in de deelrapportages soms gewezen op het ontbreken van voldoende literatuur over (deel-)aspecten van de bestudeerde problematiek, soms op afwezigheid van een verplegingswetenschappelijk perspectief in beschikbare publicaties. Ook al werd over de normale en de problematische stoelgang, thuis en in het ziekenhuis, weinig gepubliceerd, de stoelgang als normaal en problematisch heeft in de verpleegkundige discipline (uiteraard) een brede bekendheid. In de bestaande verplegingswetenschappelijke theorieën wordt de excretie niet genegeerd. Maar de wijze waarop de uitscheiding daarin wordt behandeld, maakt duidelijk waarom die theorieën niet in aanmerking kwamen als theoretisch kader voor de verschillende deelonderzoeken. De bestaande nursing theories, het merendeel van Amerikaanse oorsprong en vele ervan logisch-positivistisch geïnspireerd, hanteren veelal een overwegend mechanistisch mensbeeld, waarbij de uitscheiding wordt opgevat als lozing van afvalstoffen na een verbrandingsproces (bijvoorbeeld bij Johnson, 1980), of als een mechanisme van stimuli en responsen (bijvoorbeeld bij Roy, 1984). Het menselijke, existentiële van de stoelgang krijgt niet de nodige aandacht. Meer historistisch geïnspireerde theorieën (de indeling is van Silva en Rothbart, 1984), waarbij historische en culturele dimensies van de stoelgang meer tot hun recht zouden komen, missen veelal de nodige geoperationaliseerde concepten, premissen en proposities ter hypotheseformulering en empirische toetsing.

Uiteindelijk werd gekozen voor een exploratieve benadering van de (deel-)aspecten van de geïsoleerde problematiek – naast, duidelijk geëxpliciteerd, een historisch-fenomenologische beschrijving van het aspect 'privacy bij de stoelgang'. In de empirische gedeelten echter werden, indien relevant, onderzoeksresultaten belicht vanuit antropologisch-verpleegkundig perspectief. Dit perspectief is dat waarmee de onderzoeker het meest vertrouwd is (cf. Van der Bruggen 1977, 1987a, 1987b, 1989). Aan het einde van deze studie rijst de vraag, in hoeverre een antropologisch-verpleegkundig perspectief heeft bijgedragen aan inzicht in de hier bestudeerde problematiek, en of – en zo ja, onder welke voorwaarden – dat perspectief meer ten nutte kan worden aangewend.

Feitelijke of dreigende stoornis van een basale menselijke functie, als de uitscheiding, kan het gehele menselijke bestaan beïnvloeden, 'aantasten'. Bij analyse van het menselijke bestaan, op geleide van auteurs uit de wijsgerige antropologie (Heidegger,

Merleau-Ponty, Sartre) en de medische antropologie (Buytendijk), blijkt de existentie omschreven te kunnen worden als een excentrische 'beweging' vanuit het existierend subject naar de wereld. In deze beweging zijn 'achtereenvolgens' enkele elementen te onderkennen.

'Vooreerst' is er de mens, het existierend subject zelf, die zich in zijn eigen zelf, zijn eigen ik aangetast kan voelen, ook bij uitscheidingsproblemen. Wat van het subject het meest kwetsbaar is, kan door middel van privacybescherming behoed worden. 'Vervolgens' is er het aspect van de lichamelijkheid. Als ziekte, beperking, onvermogen of handicap iemands bestaan aantasten, ervaart men niet alleen een lichaam te zijn, maar ook te hebben – als een hinderlijk voorwerp, dat in sommige medische situaties aan anderen moet worden toevertrouwd.

Vanwege het lichaam is men 'in' de tijd en 'in' de ruimte. Het lichaam 'maakt' tijd en ruimte. Het is de spil van iemands leefwereld ('le pivot du monde', Merleau-Ponty), waarvan niet alleen de dingen maar ook de medemensen deel uitmaken. Het menselijke zijn is aldus te zien als samen-zijn: 'Sein ist Mit-sein' (Heidegger).

Aan het menselijke bestaan kunnen, 'gleichursprünglich' (Heidegger), bovengenoemde facetten 'achtereenvolgens' worden onderscheiden. Het beeld van een keten, de 'existentiële keten', waarbij deze facetten als verschillende schakels in elkaar grijpen, is in feite dus een zwakke voorstelling van zaken – hoewel de minst slechte beeldspraak voorhanden.

Ziek-zijn kan als zo ingrijpend in het menselijk bestaan worden ervaren, dat gevolgen merkbaar worden ten opzichte van verschillende elementen van het bestaan, dat wil zeggen: in verschillende 'schakels van de existentiële keten'. Vanuit antropologisch perspectief bezien hebben ziek-zijn en lichamelijk functioneren, inclusief de uitscheiding, een wederkerige relatie.

Voor de ziekenhuispatiënt komt daar nog bij dat ook de opname en het verblijf op de verpleegafdeling als (zeer) ingrijpend ervaren kunnen worden. Ook dit zou, minstens ten dele, ontregeling van de stoelgang kunnen verklaren. Verstoring van het defecatiepatroon indien men voor enige tijd uithuizig is, is voor velen een bekend verschijnsel.

Wanneer ziekte of aandoening het menselijk bestaan ingrijpend aantasten, en hulp geboden is, kan de persoon een beroep doen op verschillende werkers in de gezondheidszorg. Worden de problemen ter leniging aan de verpleegkundige aangeboden of, indien dit niet expliciet gebeurt, (h)erkent deze vanuit het eigen beroepsperspectief de problematiek als ressorterend onder eigen deskundigheid en beroepsverantwoordelijkheid, dan is sprake van een verpleegprobleem. De verpleegkundige helpt de zieke als mens zo normaal mogelijk te bestaan. Verplegen is het op deskundige wijze hanteren van de leefwereld van de zieke mens. Daarnaast kan worden gesteld dat de verpleegkundige de patiënt benadert, of: zich als het ware toegang verschaft tot de aangetaste existentie van de zieke mens, via het aspect van diens lichamelijkheid. Zo draait het verpleegkundig handelen om twee assen, namelijk de lichamelijkheid van de patiënt (én van de verplegende), en het deskundig hanteren van diens leefwereld.

Het hier beschreven antropologische perspectief kan ertoe bijdragen bepaalde aspecten van de normale of de problematische stoelgang inzichtelijk voor te stellen. De stoelgang is een gebeuren waarbij het individu kwetsbaar is, waarbij kenmerken van lichamelijkheid zich kunnen opdringen, dat structurerend kan zijn van tijd en plaats, en

waarbij bepaalde regels worden gesteld aan de omgang met de medemens. In de loop van enkele deelonderzoeken konden, vanuit dit perspectief, bepaalde resultaten tenminste begrepen worden (bijvoorbeeld: hoe lager iemands klachtenniveau, des te instabieler de zelfrapportage na ziekenhuisopname over de thuis ervaren gezondheid, cf. hoofdstuk 7).

Vanuit ditzelfde perspectief werd, in hoofdstuk 1, aannemelijk gemaakt dat na ziekenhuisopname iemands 'pijnlijkheidsdrempel' (in de zin zoals gebruikt door Elias) hoger of ook wel lager zou kunnen worden. Welnu, een theorie die een feit voorspelt én het tegendeel van dat feit, is geen theorie. Dit is waarschijnlijk de belangrijkste reden waarom geen empirisch onderzoek is uitgevoerd gebaseerd op een antropologisch-verpleegkundige visie noch op vergelijkbare theoretische overwegingen: zij bevinden zich in een voorfase van operationalisering. Toetsbare uitspraken zijn er feitelijk (nog) niet uit af te leiden.

Anderzijds hebben de deelonderzoeken wel bijgedragen aan meer inzicht in de stoelgang als een normaal menselijk gebeuren. Als onderscheiden facetten van het bestaan (de 'schakels' van de 'existentiële keten') werden belicht:

- het individu, kwetsbaar in situaties die als vernederend ervaren kunnen worden;
- het lichaam, dat zich doet gevoelen, bij de normale maar vooral ook bij de problematische stoelgang;
- de tijd, dat men de stoelgang uitstelt, of die men besteedt aan de uitscheiding, of dat de ontlasting op zich laat wachten, dan wel als aandrang gevoeld wordt;
- de ruimte, die sommigen aankleden als een gezellig interieur, een 'verblijf', en die voor anderen een functionele ruimte is, een 'vertrek'; die voor sommigen in ieder geval in eigen, vertrouwde omgeving, en voor weer anderen overal gelegen kan zijn; de plaats die voor sommigen 'het gemak' betekent, voor anderen het ongemak;
- de dingen die een speciale betekenis kunnen krijgen, bijvoorbeeld wanneer zij op de door sommigen zo gewenste hygiëne betrekking hebben, of wanneer zij ertoe bijdragen de stoelgang te bespoedigen;
- de ander, met wie de omgangsregels strikt zijn waar het de ontlasting betreft; door wie men liefst niet gestoord wil worden; die men liefst ook niet zou hinderen met stank of geluid; die men toch ook soms nodig kan hebben voor intieme zorg; van wie men ook afhankelijk kan zijn.

Deelonderzoeken dragen dus bij aan inzicht in aspecten van de normale en onregelde stoelgang. In een volgende fase van onderzoek zouden, met betrekking tot de stoelgang thuis of in het ziekenhuis, bepaalde veronderstellingen tot in hypothesen geformuleerd kunnen worden, om zodoende te komen tot theorie-toetsing.

8.4 Praktische consequenties en aanbevelingen

Behalve bovenstaande aanbevelingen tot verder onderzoek, volgen uit de deelonderzoeken ook de onderstaande praktische consequenties en aanbevelingen.

8.4.1 Het 'normale defecatiepatroon' bestaat niet. Het normale patroon heeft twee

onderscheiden dimensies, namelijk de ene gebonden aan de modaliteiten 'vorm' en 'hoeveelheid' van de faeces en 'tijdstip' van de stoelgang, de andere aan de kenmerken 'duur' en 'uitstel' van de ontlasting. Subgroepen – te weten: jongere en oudere mannen en jongere en oudere vrouwen – variëren elk op voor hun karakteristieke wijzen op deze twee 'basis-patronen'.

Indien de verpleegkundige, in verband met diagnose of interventie, probeert inzicht te krijgen in, aan te sluiten op of in te grijpen in het normale ontlastingspatroon, verdient het aanbeveling zich te oriënteren op zowel de twee basispatronen inclusief op de varianten per subcategorie.

8.4.2 Van de beleving van de normale stoelgang worden vier aspecten beschreven, die gerelateerd zijn aan bepaalde categorieën mensen.

- Vrouwen blijken gevoeliger voor hygiëne op de wc. Vrouwen met lichamelijk ongemak of gewend aan laxerende middelen, hebben meer in het algemeen meer wc-problemen.
- Ouderen schamen zich meer voor winden.
- Mensen met maag- en buikklachten en laxerende middelen zijn meer geurgevoelig.
- Een problematische houding ten opzichte van de stoelgang vertonen: mensen met maag- en buikklachten, degenen die laxerende middelen gebruiken, die vaak vinden dat de eigen ontlasting stinkt, die weinig tijd besteden aan de stoelgang, die zelf minder zijn.

De risicogroepen ten aanzien van de stoelgangproblematiek zouden niet alleen in bovengenoemde categorieën vroegtijdig onderkend dienen te worden, maar ook bij opname in het ziekenhuis als zodanig dienen te worden aangemerkt.

8.4.3 De PrivacyGevoelighedsVragenlijst (PGV) biedt de mogelijkheid privacy(over)gevoeligheid van ziekenhuispatiënten bij de stoelgang te bepalen. De PGV valt uiteen in vier subschalen, voor meting van vier dimensies van privacygevoeligheid, namelijk betreffende Zintuiglijk contact, Bemoeienis, Afzondering en Controle. Naar PGV-totaalscore blijken vrouwen privacygevoeliger. Gevraagd naar het (totale) zelfoordeel, blijken patiënten afkomstig uit grotere gezinnen gevoeliger voor privacy. Privacygevoelig op een of enkele van de vier onderscheiden dimensies blijken vrouwen (Afzondering), hoger opgeleiden (Bemoeienis), lager opgeleiden (Zintuiglijk contact), en patiënten die bij een eerder ziekenhuisverblijf de ondersteek hadden gebruikt (Bemoeienis). Overigens behoeft de PGV inkorting en verfijning.

Het verdient aanbeveling te onderzoeken in welke mate privacygevoeligheid bij de stoelgang – in haar geheel alsook wat betreft de vier onderscheiden dimensies – al bij opname van de patiënt op de verpleegafdeling kan worden vastgesteld. Een dergelijke vaststelling kan leiden tot vroegtijdige (h)erkenning van patiënten met 'stoelgang-risico' met alle preventieve voordelen van dien. Vervolgonderzoek kan dan betrekking hebben op doeltreffendheid van preventief verpleegkundig handelen.

8.4.4 Van ziekenhuispatiënten, niet opgenomen vanwege aandoeningen aan het spijsverteringskanaal, bleek in het deelonderzoek 41% zich zorgen te maken over de

stoelgang. Bij mogelijke generalisering van dit gegeven liggen op een 'gewone' verpleegafdeling van 30 patiënten er 12 die zich zorgen maken over de ontlasting, met name over obstipatie of een verminderde ontlastingsfrequentie. Over het geheel gezien, alsook meer in het bijzonder bij de wc-gebruikers, blijkt die bezorgdheid vooral gerelateerd aan gefixeerdheid op ontlastingsproces en -produkten, alsook aan een veranderde ontlastingsfrequentie. Voor po-gebruikers blijken schaamte en de onstabieleit van de beddepan belangrijke factoren van invloed.

Vanuit een optiek van verpleegkundige preventie lijkt het relevant te pogen patiënten met 'stoelgang-risico' te detecteren bij opname op de verpleegafdeling. Een kenmerk van de probleempatiënten (de totale groep alsook, meer beperkt, degenen die van de wc gebruik maken) is het gebruik thuis van laxerende middelen (medicijnen en natuurlijke produkten). Dit zou, bij opname op de afdeling, al een eerste indicatie kunnen zijn. Tijdens het ziekenhuisverblijf zijn het de hierboven genoemde indicatoren die naar het vóórkomen van problemen verwijzen.

Opmerkelijk bij de po-gebruikers is dat aan de bezorgdheid veel variabelen zijn gerelateerd die te maken hebben met de directe zorgverlening. De verplegenden en verzorgenden moeten dan ook:

- gevoelens van schaamte van patiënten die op de po gaan respecteren, zo mogelijk reduceren;
- deze patiënten stabiel op de ondersteek plaatsen;
- extra zorg dragen voor frisse lucht;
- stimuleren, althans toestaan dat wc-rituelen van thuis, indien men daaraan gehecht is, zoveel mogelijk gepraktiseerd kunnen worden;
- gelegenheid bieden tot handen wassen na de ontlasting.

Verpleegopleidingen moet worden aanbevolen bovengenoemde interventies in de trainingsprogramma's op te nemen c.q. deze bijzondere aandacht te geven.

Bij vervolgonderzoek verdient het aanbeveling 'bezorgdheid omtrent de stoelgang' verder te differentiëren naar diverse categorieën ziekenhuispatiënten, bijvoorbeeld interne versus chirurgische patiënten.

8.4.5 Belangrijk voor de verpleegkundige anamnese en diagnose is het gegeven dat informatie aan de patiënt in het ziekenhuis gevraagd over de thuis ervaren gezondheid over het algemeen betrouwbaar is. Vragen over het algemene welbevinden (fitheid, moeheid, slaperigheid, eetlust) worden retrospectief rooskleuriger beantwoord. Dit geldt niet, althans bij de orthopedische patiënten in het deelonderzoek, voor vragen over meer specifieke gezondheidsklachten.

Informatie over de stoelgang thuis, retrospectief in het ziekenhuis verstrekt door de patiënt, is deels betrouwbaar, deels niet. (On)betrouwbaarheid op dit punt houdt geen verband met (on)betrouwbaarheid ten aanzien van de vragen over de thuis ervaren gezondheid. Voor de verpleegkundige lijkt het overigens niet relevant uitsluitend aan te sluiten bij de thuisgewoonten van de patiënt betreffende de stoelgang. De meeste patiënten willen in het ziekenhuis hun stoelganggewoonten wel aanpassen – of leggen zich neer bij wat hen overkomt op dit punt. Voor inzicht in eventueel te verwachten stoelgangproblemen lijkt het relevant zich eveneens te oriënteren op iemands ontlastingspatroon bij uithuizigheid.

Summary

Many patients admitted to a hospital for a number of reasons many of which have very little to do with the alimentary tract, complain about inadequate bowel function. Nurses are, professionally speaking, familiar with those complaints that, until now, have hardly ever been investigated. Nearly no information is available about for example the number of patients commonly suffering from bowel problems, the nature of the meant troubles, in short about the extent and seriousness of defecation problems in hospitalized patients. This provided a challenge for research and finally led to a series of research projects some of which are reported in this study, in mutually independent chapters.

In our western society bowel movement or defecation takes place usually in privacy. In chapter 1, a historical overview of bowel habits, especially among sick persons, and their relationship to privacy is given. During centuries bowel activities were, in a continuously civilized process, declined from public to private life. As a result of civilization, expectations raised by society, and rules of sanitary conduct, a sense of shame and embarrassment accompanied bowel actions inducing a change from public to private life.

Privacy as a concept is rather vague and ambiguous. In chapter 2, privacy as a concept is elaborated, resulting in a general definition with distinct dimensions. Indicators of privacy in relation to bowel action among hospital patients were indentified. One of the facts described was the so called 'imaginary membrane' which is supposed to protect somebody's privacy. This 'membrane' must be represented as changeable, and changing indeed in various circumstances and in relation to different vulnerable aspects of a person's life. This makes it acceptable to state that feelings of excretory privacy may alter in cases of illness and admission to hospital.

Chapters 3 and 4 report on research studies dealing with the human-biological and the psychological aspects of bowel function in a healthy population. In chapter 3 a research study is reported, involving a population of 90 healthy participants selected by means of convenient sampling. The participants were asked to keep diaries for two weeks, on the process and products of bowel function. Together with information about stools, data were gathered about health and wellness, nutrition, medication, sanitary practices, and others. Among the human-biological aspects, two different stool patterns were found. One is related to modalities of defecations (i.e.: to form and quantity of stools and the moment of defecation), and the other to the functional aspects of defecation (i.e.: its delay and duration). Results of this study showed no single bowel pattern. Defecation patterns of the participants in this study when classified by sex and

age, showed divergent variations on the two marked patterns.

Chapter 4 deals with experienced feelings related to defecation in the same healthy population. Four modalities of experienced feelings appeared; three of them are related to issues of sensitivity, namely: susceptibility for sanitary cleanliness, for excretory odours and for flatulency, and the fourth being a global attitude to bowel activity. Women appeared especially susceptible for sanitary cleanliness. Susceptibility for flatulency was found in the elderly. Susceptibility for excretory odours appeared among those with stomach and abdominal complaints and those using laxatives. In summary, bowel problems seemed to be more common among women suffering from a malfunctioning bowel, or using laxatives.

Chapter 5 presents a research study on feelings of excretory privacy. A sample of 92 patients from medical units was selected. Guided by the results of the concept analysis, elaborated in chapter 2, a Likert type instrument was constructed and validated for measuring the needs of hospital patients for excretory privacy. This instrument appeared to measure, on acceptable levels of validity and reliability, these needs as well as the four theoretically distinguished dimensions of excretory privacy. The four dimensions are: sensory contact, interference, seclusion and control.

Women are, generally speaking, more sensitive for excretory privacy, and also for the privacy dimension of seclusion. Sensitive for the interference dimension are those with a higher educational level. Persons with a lower educational level appeared to be sensitive for the dimension of sensory contact. Also sensitive for the interference dimension are persons that, formerly as hospital patients, happened to use a bed-pan.

Research on bowel worry and concern among hospital patients is reported in chapter 6. This study was set up originally as a replication of Wright's (1974) research on Bowel function in hospital patients, and elaborated later as an enlarged or 'constructive replication study' (Connelly, 1986).

A population was selected including 160 hospital patients from both medical and surgical wards, in two academic and two non-academic general hospitals. Structured and non-structured questions were asked about bowel function, sanitary practices, feelings of privacy, shame and embarrassment as well as about medication, nutrition and (other) nursing and environmental factors.

Data gathered showed that 41% of the patient population studied evidenced worry and concern about bowel functioning after admission to the hospital. For the whole group as well as for those who used the toilet, worry and concern appeared in relation to fixation on both bowel processes and products, and also to a changing frequency of defecation. For those using bedpans, feelings of shame and embarrassment as well as the unstable position when sitting on the bed-pan appeared to be the most important reasons for worry and concern.

From a prevention point of view in nursing, selecting patients with 'potential for bowel worry' when admitted to the ward, seems relevant. Given the fact that many patients with those problems used laxatives when at home, the use of laxatives could be one of the indicators.

In order for the nurse to make an accurate assessment of a patient on admission, reliable information about the patient's perception of his sickness and wellness at home, including his bowel habits and patterns are important. In chapter 7, the reliability of

information provided by patients when admitted to hospital was studied.

A sample of 21 patients on a waiting list for admission to an orthopedic department of a general hospital was selected. Data were collected on the (future) patient's health and wellness as well as on their bowel activities at home. The same data were collected, retrospectively, few days after admission to the hospital. Data collected at home and after admission to the hospital were analysed.

The information concerning the patient's health and wellness at home including bowel activities appeared to be reliable. However, some aspects of normal bowel habits at home are reported with less reliability or without any reliability at all. No justification for this findings could be identified. Consequently, it remains difficult to predict how reliable the information will be about bowel function at home from patients admitted into the hospital.

Finally, in the concluding chapter 8 practical, methodological and theoretical considerations are summarized and implications for theory development, research and the practice area are drawn.

Sommaire



De nombreux malades, hospitalisés pour des raisons très variées et qui n'ont rien à voir avec des affections de l'appareil digestif, se plaignent après quelques jours d'hospitalisation d'un mauvais fonctionnement du transit intestinal. Les infirmières sont, professionnellement parlant, habituées à ces plaintes, sans pour autant pouvoir indiquer ni le nombre de patients souffrant de ces troubles, ni l'ampleur, ni la vraie nature de ces inconvénients. En outre, les problèmes mentionnés n'ont pas fait jusqu'à ce jour l'objet de publications scientifiques infirmières ou autres. Ce sujet a été le point de départ d'une série de projets de recherche dont certains sont présentés ici dans sept chapitres indépendants les uns des autres.

Dans notre société occidentale aller à la selle est du ressort de la vie privée. Un aperçu historique de la défécation est donné dans le chapitre 1, en particulier de la situation des malades en relation avec les exigences de la vie privée. Dans une évolution continue de civilisation qui couvrit des siècles, la défécation fut retirée de la vie publique et réservée à la vie privée. Le résultat fut l'établissement dans la société moderne de règles de convenances pour les conduites excrétoires. Celles-ci sont marquées par la gêne et la pudeur; les besoins d'intimité se font sentir.

L'intimité ou la vie privée s'avère avoir une signification peu précise. Le chapitre 2 présente une analyse de l'intimité, menant à une description, une définition et une opérationnalisation de ce phénomène en général et de ses parties composantes en particulier. L'analyse a permis de préciser la vie privée des malades hospitalisés, plus particulièrement en relation avec la défécation. Entre la vie publique et la vie privée une 'membrane' imaginaire est supposée protéger les zones les plus vulnérables de la personne. Cette 'membrane' est à concevoir comme de nature à s'adapter, et comme changeant effectivement selon les circonstances. Il résulte de ceci que des exigences d'intimité, et plus particulièrement la 'pudeur excrétoire', peuvent se manifester de manières différentes dans des cas de maladies et d'hospitalisation.

Le modèle normal de la défécation humaine est étudiée dans les chapitres 3 et 4, dans une population contenant 90 personnes saines, choisies par un moyen 'd'échantillonnage simple' ('convenient sampling'). Il était demandé aux participants de remplir un questionnaire sur leur état de santé ainsi que sur la physiologie, le vécu et le comportement excrétoires. De même il leur était demandé de noter, dans un journal pendant 15 jours, les données détaillées concernant l'élimination, la nourriture et les boissons, et éventuellement la prise de médicaments et de laxatifs.

Pour les aspects physiologiques de la défécation (chapitre 3), deux modèles différents

furent trouvés, l'un relatif aux modalités de l'élimination, c'est à dire: l'aspect, la consistance, la quantité des selles et le moment précis de la défécation, l'autre relatif aux aspects comportementaux, c'est à dire: la remise et la durée de la défécation. Une des conclusions est qu'il n'existe pas un seul modèle d'excrétion: les sous-groupes dans la population étudiée, divisée selon les sexes et en classes d'âge, se répartissent dans les deux modèles trouvés.

Une recherche des expériences vécues parmi les mêmes participants bien-portants est rapportée dans le chapitre 4. Quatre modalités différentes d'expériences quant à l'élimination ont été identifiées, dont trois liées à des sensibilités déterminées: la sensibilité à l'hygiène sanitaire, aux odeurs d'excrétion, et la pudeur concernant la flatulence. La quatrième sensibilité implique une attitude globale par rapport à l'élimination. Les femmes dans la population étudiée apparaissaient surtout sensibles à l'hygiène sanitaire tandis que les personnes âgées montraient plus de pudeur quant à la flatulence. Sensibles aux odeurs excrétoires s'avéraient être les individus souffrant de troubles de l'estomac et de l'abdomen et prenant des laxatifs. En somme, les problèmes pour aller à la selle semblaient être réservés aux femmes se plaignant de troubles physiques lors de la défécation ou prenant des laxatifs.

Le chapitre 5 présente une étude des sentiments et des besoins de vie privée lors de la défécation, à laquelle ont participé 92 malades hospitalisés, tous résidant dans des Services médicaux. Partant de l'analyse conceptuelle effectuée dans le chapitre 2, un instrument, échelle du type Likert, fut élaborée et validée pour mesurer les besoins d'intimité des patients lors de l'élimination. Cet instrument s'avérait suffisamment valide et fiable pour mesurer les besoins globaux d'intimité ainsi que les quatre dimensions distinguées théoriquement, celles-ci étant: des besoins liés au contact sensoriel, à l'ingérence, à la solitude et au contrôle.

Les femmes dans la population étudiée étaient, généralement parlant, plus sensibles aussi bien à l'intimité excrétoire dans sa totalité qu'à la dimension de la solitude. La sensibilité à la dimension d'ingérence concernait les personnes hautement qualifiées. Ceux dont l'éducation était plutôt peu élevée se montraient sensibles à la dimension du contact sensoriel. Sensibles aussi à la dimension d'ingérence s'avéraient être les participants qui, hospitalisés auparavant, avaient fait usage du bassin hygiénique au lit.

Une recherche concernant les préoccupations et les soucis que se font les malades hospitalisés par rapport à aller à la selle, est rapportée dans le chapitre 6. Cette étude a été montée originellement comme reproduction de la recherche de Mme L. Wright sur la défécation et les malades hospitalisés ('Bowel function in hospital patients', 1974), et élargie ensuite par d'autres questions de recherche.

Une population fut composée de 160 malades hospitalisés, résidant dans des Services médicaux et chirurgicaux de deux hôpitaux universitaires et deux non-universitaires. Parmi ces participants des enquêtes furent menées, comprenant des questions ouvertes et structurées sur le fonctionnement et les résultats concrets de la défécation, à la maison comme à l'hôpital, ensuite sur les habitudes sanitaires et les expériences vécues lors de la défécation, utilisant soit les toilettes soit le bassin au lit. Enfin des données furent recueillies sur le traitement thérapeutique, la médication et l'usage des laxatifs, la nutrition et d'autres éléments de soins médicaux et infirmiers.

L'information recueillie montrait des préoccupations et des soucis par rapport à aller

à la selle chez 41 pour cent des malades après l'hospitalisation. Les soucis apparaissaient, dans la population entière ainsi que chez ceux qui allaient aux toilettes, en relation avec une fixation sur le processus et les résultats concrets de la défécation, ainsi qu'avec un changement de la fréquence des selles. Chez les utilisateurs des bassins, les raisons les plus graves des préoccupations et des soucis s'avéraient être les sentiments de gêne et de pudeur, comme aussi la position instable sur le bassin.

Du point de vue de la prévention infirmière, la répartition des malades entrant à l'hôpital en ceux ayant et ceux n'ayant pas de 'risques de selles problématiques' semble opportune. L'usage des laxatifs à la maison pourrait être un des indicateurs.

Quelques conclusions pratiques résultent du chapitre 6, notamment par rapport au diagnostic infirmiers lors de l'admission du patient dans le service. Cependant l'infirmière doit pouvoir disposer de l'information fiable quant à la santé et la maladie telles que vécues à la maison, si besoin aussi sur le modèle excrétoire normal ou affecté, et les habitudes le concernant. Dans le chapitre 7 il est étudiée la fiabilité de l'information donnée par les malades lors de leur admission dans le Service de soins.

Pour cette étude une population fut composée de 21 personnes figurant sur la liste d'attente d'un Service d'Orthopédie dans un hôpital général. Des données furent recueillies d'abord à la maison, notamment sur la santé et le bien-être des participants ainsi que sur le modèle excrétoire normal et les habitudes le concernant. Les mêmes données, donc par rapport à la situation à la maison, furent recueillies retrospectivement, quelques jours après l'admission à l'hôpital.

L'analyse comparative de ces données démontrait la fiabilité de l'information donnée par les malades sur l'état de leur santé à la maison. Particulièrement l'information globale concernant l'élimination à la maison s'avérait fiable. Pourtant certains aspects du modèle excrétoire normal étaient rapportés avec moins de fiabilité, ou même sans aucune fiabilité apparente. De cette modification de la fiabilité, aucune hypothèse explicative n'a été identifiée. En conséquence la prévision du niveau de fiabilité de l'information sur l'élimination à la maison donnée par les patients reste incertaine.

Le chapitre 8 présente un résumé des conclusions pratiques, théoriques et méthodologiques, tirées des recherches rapportées.